

Année 1969

556
N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(diplôme d'État)

par

MARIE - THÉRESE ROQUES

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

née le 29 mars 1940 à Paris IX

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : _____

SCIATIQUES TRONCULAIRES

D'ORIGINE RARE

PRÉSIDENT : Monsieur STANISLAS DE SEZE, PROFESSEUR

Année 1969

N°

T H E S E
pour le
D O C T O R A T E N M E D E C I N E
(Diplôme d'Etat)
par

Marie-Thérèse R O Q U E S
Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris
Née le 29 Mars 1940 à Paris (9e)

Présentée et soutenue publiquement le :

S C I A T I Q U E S T R O N C U L A I R E S
D' O R I G I N E R A R E

Président : M. Stanisla de SEZE, Professeur.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.),
 Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.),
 Cheymol (J.), Coste (F.), Debré (R.), Dechaume (M.), Galliard (H.),
 Gaudart (G.), Lacomme (M.), Lamy (M.), Laroche (G.), Lelong (M.),
 Lévy (Melle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Maduro (R.), Marchal
 (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.),
 Pasteur-Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.),
 Quenu (J.), Renard (G.), Sénèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.),
 Turpin (R.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET

1er ASSESSEUR..... Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR Jean GOSSET

A.- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
-	HAURD (P.)
à titre personnel	CABROL (Ch.)
- -	OLIVIER (G.)
 Anatomie et Cytologie pathologiques	 DELARUE (J.)
à titre personnel	NEZELOF (Ch.)
- -	ORCEL (L.)
 Biochimie médicale	 JAYLE (M.F.)
- -	DESGREZ (P.)
- -	POLONOVSKI (J.)
 Chimie Pathologique.....	 SCHAPIRA (G.)
à titre personnel	CARTIER (P.)
- -	DREYFUS (J. Cl.)
 Biologie médicale (à titre personnel).....	 BOURLIERE (F.)
- -	HARTMANN (L.)
 Biophysique médicale	 BUGNARD (L.)
- -	DJOURNO (A.)
- -	DOGNON (A.)
à titre personnel	KELLERSHOHN (L.)
- -	GOUGEROT (L.)
- -	ROUCAYROL (J. Cl.)
 Cancérologie expérimentale	 MATHE (G.)
 Génétique fondamentale	 LEJEUNE (J.)

	MM.
Histologie et Embryologie	COUJARD (R.)
- -	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
à titre personnel	RACDOT (J.)
Microbiologie	FASQUELLE (R.)
Bactériologie et Virologie	TOURNIER (P.)
à titre personnel	BARBIER (P.)
Parasitologie	LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P.)
à titre personnel	LOEPER (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.R.)
-	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
-	MALMEJAC (J.)
-	PARROT (J.)
à titre personnel	DEJOURS (P.)
Physiologie et biologie appliquée aux sports	SCHERRER (J.)

B.- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

1.- MEDECINE

Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie..	COURY (Ch.)
Hygiène et Médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESUILLE (H.)
Médecine légale, droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.C.)
Pathologie médicale	BUGE (A.)
- -	BRICAIRE (M.)
- -	CORNET (A.)
- -	HOUSSET (E.)
- -	LAROCHE (Cl.)
à titre personnel	AZERAD (E.)
- -	BOUR (H.)
- -	BROCARD (H.)
- -	CAROLI (J.)
- -	FACQUET (J.)
- -	LAMBLING (A.)
- -	LAUNAY (Cl.)
- -	PAYET (M.)
- -	PERRAULT (M.)
- -	SIGUIER (F.)
- -	WORMS (R.)
- -	BOUVIER (J.)

Pathologie respiratoire TURIAF (J.)
 Pathologie et thérapeutique générales MAURICE (P.)
 Thérapeutique LAMOTTE (M.)
 Thérapeutique appliquée MARCHE (J.)

CHAIRES DE CLINIQUE:

Clinique cardiologique (Boucicaut) LENEGRE (J.)
 - - (Broussais) SOULIE (P.)
 Clinique dermatologique (Saint-Louis) DUPERRAT (F.)
 Clinique des maladies cutanées et syphili-
 tiques (Saint-Louis) DEGOS (R.)
 Clinique endocrinologique (Pitié) DECOURT (J.)
 Clinique des maladies infectieuses (Claude-
 Bernard) MOLLARET (P.)
 à titre personnel BASTIN (R.)
 Clinique des maladies du système nerveux
 (Salpêtrière) CASTAIGNE (P.)
 Clinique des maladies mentales et de l'en-
 céphale (Sainte-Anne) DELAY (J.)
 à titre personnel (neuro-psy.).... PICHOT (P.)
 Clinique neurologique (Salpêtrière) GARCIN (R.)
 à titre personnel LHERMITTE (F.)
 Clinique de neuro-psychiatrie infantile
 (Salpêtrière) MICHAUX (L.)
 Clinique des maladies du sang (Broussais).. BERNARD (J.)
 à titre personnel (hématologie) .. ANDRE (R.)
 - - - .. BOUSSER (J.)
 - - - .. DREYFUS (B.)
 Cliniques médicales (Bicêtre DEPARIS (M.)
 (Broussais MILLIEZ (P.)
 (Cochin PEQUIGNOT (H.)
 (Hôtel-Dieu BARIETY (M.)
 (Pitié DREYFUS (G.)
 (Saint-Antoine BOUDIN (G.)
 (- CONTE (M.)
 (- KOURILSKY (R.)
 Clinique médicale propédeutique (Broussais) JUSTIN-BESANÇON (L.)
 Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) LEMAIRE (A.)
 Clinique et Sémiologie médicales (Antoine -
 (Chantin) DOMART (A.)
 Sémiologie médicale (Lariboisière) BOUVRAIN (Y.)
 - - (Pitié) RAMBERT (P.)
 - - (Rothschild) WOLFROMM (R.)

Clinique d'Hydrologie et de Climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
à titre personnel	GIBERTON (A.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique Néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
à titre personnel	RICHET (G.)
- -	CROSNIER (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-malades).	ROYER (P.)
Clinique des maladies des enfants (Enf. malades).	MOZZICONACCI (P.)
Clinique médicale infantile et de pédiatrie sociale (Enfants-malades)	MARIE (J.)
Clinique de Pédiatrie .(Trousseau)	BRISAUD (H.)
à titre personnel	LESOBRE (R.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint- Vincent de Paul)	THIEFFRY (S.)
Hygiène et Clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
à titre personnel	POLONOVSKI (Cl.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
à titre personnel	KREIS (B.)
- -	MEYER (A.)
Clinique de rééducation motrice	GROSSIORD (A.)
Electroradiologie	LEDOUX-LEBARD (M.)
-	LEFEBVRE (J.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
à titre personnel	FISCHGOLD (H.)
- -	TUBIANA (M.)
- -	CHERIGIE (E.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	DELBARRE (F.)
Clinique rhumatologique (Lariboisière)	SEZE (S. de)
Clinique toxicologique (Fernand-Widal)	GAULTIER (M.)

2.- CHIRURGIE

Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
- -	KUSS (G.)
- -	N...
à titre personnel	RAMADIER (J.)
Physiologie et pathologie obstétricale	MORIN (P.)

MONSAINGEON (A.)

Clinique carcinologique (Gustave-Roussy)	DENOIX (P.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) .	REDON (H.)
à titre personnel	BREHANT (J.)
(Beaujon	LORTAT-JACOB -J.L.)
(-	BAUMANN (J.)
(Cochin	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
(Saint-Antoine	GOSSET (J.)
(Salpêtrière	SICARD (A.)
(Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Sémiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)
- - - (Saint-Louis) ...	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatolo-	
gique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R.)
- (Foch)	PADOVANI (P.)
- (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique traumatologique et orthopédique (Ray-	
mond-Poincarré)	JUDET (R.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique	
(enfants malades)	FEVRE (M.)
à titre personnel	CHICOT (P.L.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	
(Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
à titre personnel	GAUDART d'ALLAINES
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca).	HUGUIER (J.)
Clinique obstétrical (Baudelocque)	LEPAGE (F.)
- - (Saint-Antoine)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-	
Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique de neure-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
à titre personnel	LEBEAU (J.)
Clinique ophtalmologique (Cochin)	BREGÉAT (P.)
- - (Hotel-Dieu)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	CERNEA (P.)

MM.
 Clinique urologique (Cochin) ABULKER (P.)
 - - (Necker) COUVELAIRE (R.)

C.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.
 Anatomie GILLOT (Cl.)
 Anatomie pathologique GOUYGOU (Ch.)
 Bactériologie CHRISTOL (D.)
 (CARTIER (P.)
 Biochimie médicale (GONNARD (P.)
 (NORDMANN (J.)
 Bactériologie LE MINOR (L.)
 Chirurgie CERBONNET (G.)
 (BESSIS (M.)
 Hématologie (BILSKI-PASQUIER (G.)
 (BLANCHER (G.)
 (CORRE-HURST (Mme L.)
 Hygiène (CECCAL (P.)
 (HADENGUE (A.)
 Médecine légale (FOURNIER (E.)
 Médecine générale AUSSANNAIRE (M.)
 Maladies infectieuses DUPONT (V.)
 Neuro-psychiatrie TARDIEU (G.)
 Pédiatrie ROSSIER (A.)
 (COURSAGET (J.)
 Physique médicale (GREMY (F.)
 (PELLERIN (P.)
 (DURAND (J.)
 Physiologie (GIRARD (Fr.)
 (HUGELIN (A.)
 Stomatologie CHAPUT (Mme A.)
 Pharmacologie SCHMITT (H.)

D.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Pathologie chirurgicale RUDLER (J.) Pr. s.ch.

E.- PROFESSEURS ASSOCIES

Hormonologie MORICARD (R.)
 Statistique médicale et épidémiologique SCHWARTZ (D.)
 Néphrologie MAXWELL (M.)

A MES PARENTS

Ils nous ont permis de mener à bien
ces longues études.

En témoignage de notre gratitude et
de notre affection.

A MA FAMILLE ET A MES AMIS

A TOUS CEUX qui ont **contribué** à l'élaboration de cette
Thèse.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Stanislas de SEZE

Il nous a fait le grand honneur de
présider notre thèse.

En témoignage de notre profond
respect.

A Monsieur le Professeur Agrégé M.F. KAHN

Médecin des Hôpitaux de Paris

qui nous a confié ce travail.

Nous admirons beaucoup sa précision,
sa rigueur et son sens clinique. Il
nous a toujours témoigné beaucoup
d'amitié et a bien voulu accepter
de nous juger.

Qu'il en soit remercié et trouve ici
le témoignage de notre attachement.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

qui, pendant notre Externat, nous
ont prodigué leur enseignement et
leurs conseils.

En témoignage de notre profond respect.

A MESSIEURS LES ASSISTANTS DU CENTRE VIGGO-PETERSEN

En remerciement de leur enseignement
rhumatologique.

P L A N G E N E R A L

- I.- INTRODUCTION
- II.- RAPPEL ANATOMIQUE
- III.- DEFINITION
- IV.- OBSERVATIONS PERSONNELLES
- V.- OBSERVATIONS DE LA LITTERATURE
- VI.- COMMENTAIRES :
 - 1) Tableau clinique commun aux douze observations
 - 2) Tableau classique
- VII.- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :
 - A.- Etiologies retrouvées dans nos observations:
 - 1) Injections intra-fessières
 - 2) Tumeurs
 - 3) Hématomes
 - 4) Maladie de Hansen
 - B.- Etiologies relevées dans la littérature :
 - 1) Traumatiques
 - 2) Compression par lésions de voisinage
 - 3) Causes obstétricales
 - 4) Endométriose
 - C.- A part : Compression dans le petit bassin.
- VIII.- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL
 - 1) Radiculalgie d'origine discale
 - 2) Sciatiques symptomatiques
 - 3) Autres diagnostics
- IX.- CONCLUSIONS

I N T R O D U C T I O N

=====

La sciatique tronculaire occupe une place très restreinte dans la littérature médicale. Son étude est largement supplantée par celle de la sciatique d'origine radiculaire.

La plupart des travaux sur ce sujet se sont attachés aux étiologies les plus fréquentes que sont : les traumatismes et certaines injections médicamenteuses intra-fessières.

Ce travail, consacré à l'étude des sciatiques d'origine rare, se fonde sur l'étude de sept observations de malades de la Clinique Rhumatologique de l'Hôpital Lariboisière et de cinq observations relevées dans la littérature.

D'emblée, nous sommes frappés par la rareté de cette atteinte puisque nous n'avons trouvé que sept dossiers sur environ, 6.300 dossiers de sciatiques radiculaires vues dans le Service du Professeur S. de SEZE depuis 1960.

THUREL, en 1950, dans une statistique portant sur
1.000 cas de sciatiques opérées, signalait 10 cas de scia-
tique tronculaire (24).

-:-:-:-:-:-:-:-:-

R A P P E L A N A T O M I Q U E
=====

Le tronc du nerf grand sciatique (5) est la branche terminale du plexus sacré. Il est volumineux, large de 12 à 14 mm, épais de 15 mm à son origine.

Il naît, dans le bassin, par la réunion du tronc lombo-sacré (formé de l'union de L5 et de fibres anastomotiques de L4), de S1 et d'une partie de S2 et S3. Le point de réunion se fait au bord antérieur de la grande échancrure sciatique, à la face antérieure du muscle pyramidal et sous son aponévrose, au-dessus et en dehors de l'épine sciatique.

Il sort du bassin par le canal sous-pyramidal de la grande échancrure sciatique ; (cependant dans 10 % des cas, il traverse le muscle pyramidal) (18). Puis il traverse la région profonde de la fesse, presque verticalement, reposant sur les muscles pelvi-trochantériens (jumeaux, obturateur interne, carré crural) et recouvert par le muscle grand fessier. Classiquement il est, là, à égale distance du grand trochanter et de l'ischion.

Puis il descend à la face postérieure de la cuisse,

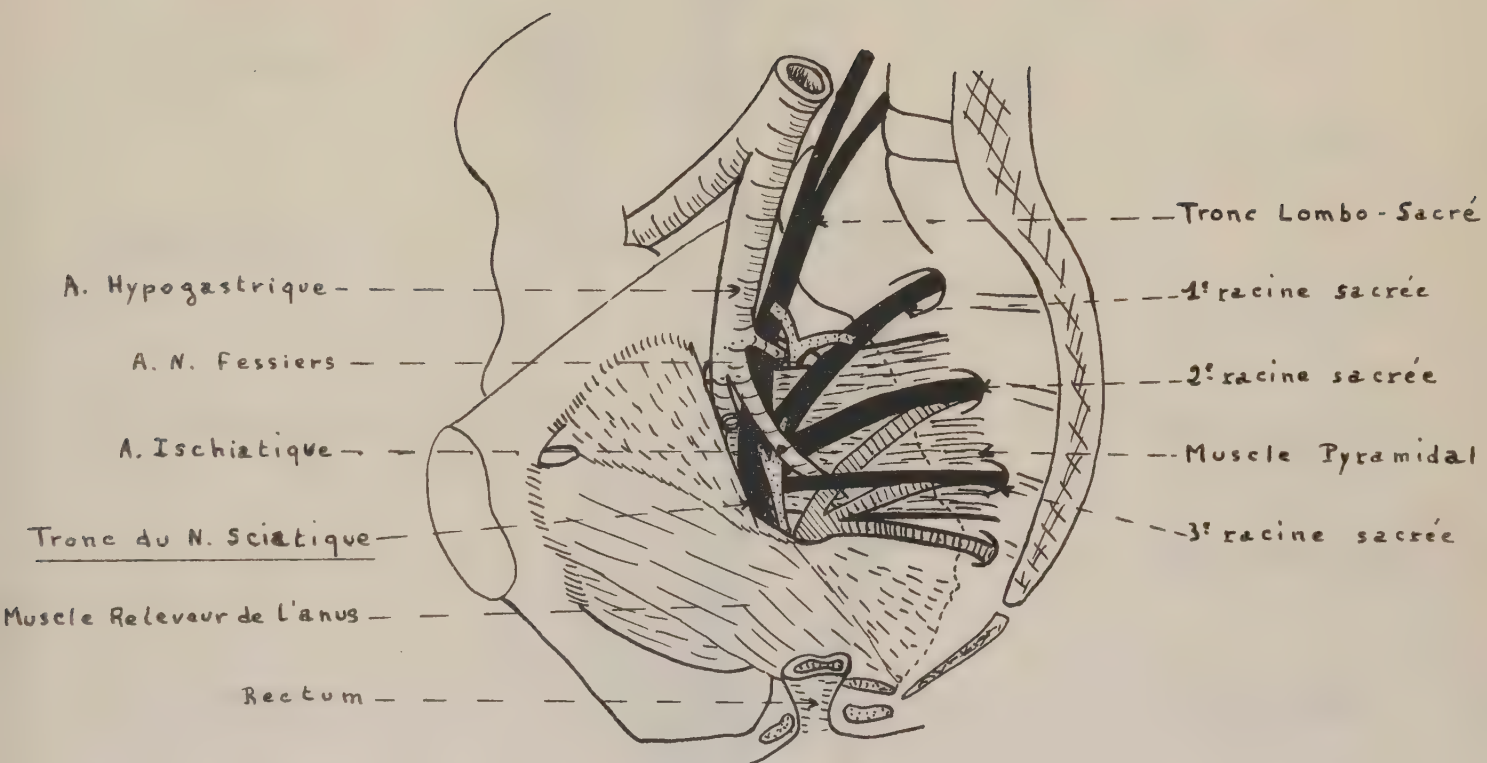
légèrement oblique en bas et en dehors, situé en arrière du grand adducteur, en avant des muscles ischio-jambiers (biceps, demi-tendineux, demi-membraneux). Durant tout son trajet, le sciatique entre en rapport avec un élément vasculaire important : une longue arcade formée par les artères perforantes.

A l'angle supérieur du losange poplité, à trois-quatre travers de doigt au-dessus de l'interligne articulaire du genou, le nerf se divise en deux branches : le nerf sciatique poplité externe et le nerf sciatique poplité interne qui donnent la sensibilité à la jambe et au pied (à l'exception du territoire cutané du Saphène interne) et se distribuent à tous les muscles de la jambe et du pied. Toutefois, il est fréquent que cette division ait lieu plus haut, parfois même dès la sortie du bassin .

Le tronc du nerf grand sciatique est vascularisé : à la fesse, par une collatérale de l'artère ischiatique ; dans la cuisse, par une branche de chaque artère perforante. Il possède un très important réseau sympathique péri-artériel (2).

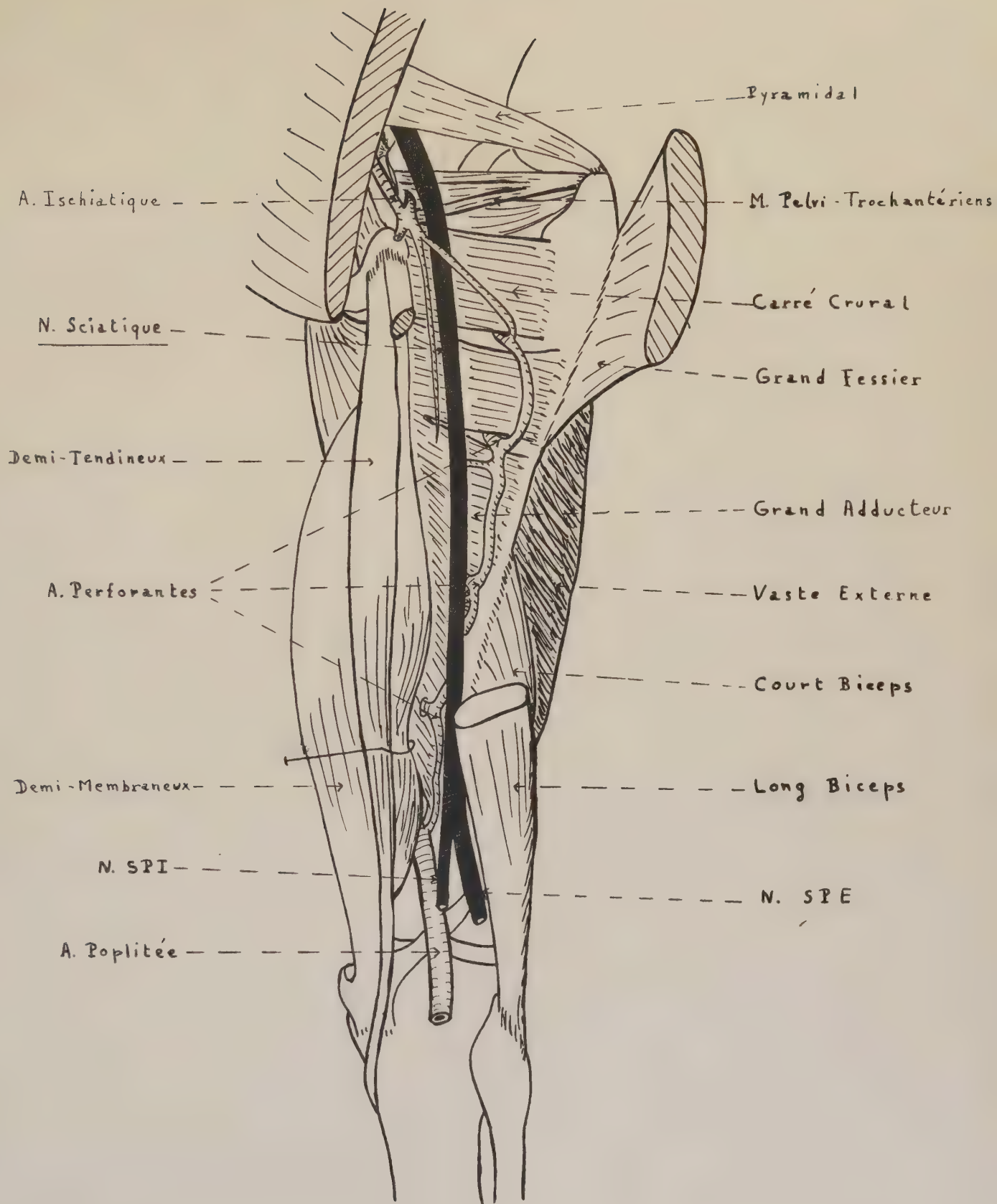
Il est uniquement moteur, pour les muscles ischio-jambiers et le troisième faisceau du grand adducteur.

-:-:-:-:-:-:-:-



ORIGINE DU NERF GRAND SCIATIQUE.

(d'après R. GRÉGOIRE et S. OBERLIN)



- NERF GRAND SCIATIQUE A LA FESSE ET A LA CUISSE -

(d'après J. BRIZON et J. CASTAING)

1897

1898

1899

1900

1901

1902

1903

1904

1905

1906

1907

1908

1909

1910

DEFINITION
=====

1) Nous pensons que la sciatique tronculaire peut se définir ainsi : " Syndrome douloureux provoqué par une souffrance du nerf grand sciatique dans sa portion comprise entre la réunion des racines et sa terminaison en deux branches."

Nous éliminons ainsi :

- les paralysies sciatiques pures, et en particulier les paralysies de posture ;
- les lésions des branches terminales : sciatiques poplités externe et interne.

2) Cette atteinte doit faire rechercher l'origine des troubles dans :

- le petit bassin

- la fesse
- la cuisse
- le creux poplité.

Cependant, nous avons éliminé les formes liées à une compression dans le petit bassin, étant donné, qu'en l'absence de contrôle anatomique, il est très difficile voire

impossible de déterminer si une atteinte est radiculaire
(pluri-radiculaire) ou tronculaire.

-:-:-:-:-:-:-:-

OBSERVATIONS PERSONNELLES
=====

Nos observations personnelles sont au nombre de sept.

OBSERVATION N° 1 : Monsieur MAS... Ernest, 48 ans.

Ce malade est atteint d'une pelvi-spondylite rhumatismale très invalidante évoluant depuis 20 ans.

En janvier 1967 : trente minutes après une injection intra-musculaire de phénylbutazone, il a ressenti une violente douleur au niveau du nerf sciatique droit suivie immédiatement de sensation de brûlure ; puis apparition d'un déficit moteur du pied.

Le malade est hospitalisé dans le Service du Professeur de SEZE le 25 février 1967.

Examen : - déficit massif des territoires L5 et S1 ; tout mouvement du pied est impossible ;
- hypoesthésie franche en chaussette ;
- troubles trophiques avec oedème du pied, augmentation de la chaleur locale ;
- douleurs causalgiques pénibles.

L'electromyogramme a montré une dénervation totale et récente de tous les muscles innervés par le nerf sciatique droit.

Il a été traité par : Strychnal B1 , Phosphoneuro1, Indocid.

L'évolution n'est pas connue, le malade n'ayant pas été revu après sa sortie du service.

Résumé : Sciatique tronculaire droite, touchant L5 et S1, apparue trente minutes après une injection de phénylbutazone chez un homme de 48 ans.

--:--:--:--:--:--:--:--:--

OBSERVATION N° 2 : Monsieur KHA... Ali, 28 ans.

Ce malade a été opéré à l'Hôpital Laennec d'un rétrécissement mitral.

Cinq jours après l'intervention : violentes douleurs de topographie L5 et S1 (lombaires basses gauches, irradiant à la fesse, à la face postérieure de la cuisse, de la jambe, au talon, à la plante du pied et au gros orteil) apparues immédiatement après une injection intra-musculaire de pénicilline faite un peu basse.

Le lendemain : disparition des douleurs mais le malade ne peut marcher seul, son membre inférieur étant "anesthésié" mais non paralysé (il pouvait le bouger lorsqu'il était couché).

Au bout d'une dizaine de jours, la sensibilité redevient normale mais les douleurs réapparaissent à la face plantaire du pied gauche. Douleurs intenses, diurnes et surtout nocturnes.

Le malade est adressé dans le Service du Professeur de SEZE le 5 mai 1964.

- Examen :
- déficit global de tous les muscles du membre inférieur ;
 - abolition du réflexe achilléen gauche ;
 - hypoesthésie de tout le pied ;
 - signe de Lasègue à 90° ;
 - points de Vaileix : présents.

Un examen électrique a montré une atteinte diffuse des muscles de la jambe.

Radiographies : léger baillement du disque L4-L5 gauche

Evolution : sous traitement (vitamines B , ionisation, Penthonium, Algonévriton) favorable :

- disparition des douleurs
- régression de la parésie L5
- mais persistance de la paralysie S1.

Résumé : Chez un homme de 28 ans, sciatique tronculaire gauche touchant L5 et S1, survenue immédiatement après une injection de pénicilline.
Faute technique ?
Evolution partiellement favorable.

--:--:--:--:--:--:--:--:--

OBSERVATION N° 3 : Monsieur LIN... Paul, 53 ans.

En juillet 1964, ce malade a été opéré d'un ulcus gastrique, d'un abcès hépatique et d'une lithiase vésiculaire. Il a eu un drain pour abcès de paroi jusqu'en novembre 1964.

En Aout 1964 : après une injection de Propidon, il ressent une violente douleur de la fesse droite, irradiant à la face postérieure de la cuisse, la face externe de la jambe, le dos du pied et s'accompagnant de paresthésies du dos du pied et du gros orteil.

En décembre 1964, il est adressé dans le Service du Professeur de SEZE.

Examen : - signe de Lasègue gauche à 85°
- pas de signes moteurs ni sensitifs
- pas de trouble réflexe.

Les radiographies du rachis lombaire sont normales.

Evolution : favorable sous traitement par ionisation.

Résumé : Chez un homme de 53 ans, sciatique tronculaire gauche prédominant dans le territoire de L5, survenue après une injection de Propidon.
Evolution favorable.

-:-:-:-:-:-:-:-:-

OBSERVATION N° 4 : Monsieur KA... Gaston, 71 ans.

Ce malade, à l'occasion d'un épisode pulmonaire, a reçu trois injections de Biclinocilline (Benethamine- Pénicilline). Ces injections furent correctement faites par le fils du malade, qui est médecin et rhumatologue de surcroît, et furent indolores.

Trois jours plus tard les deux fesses furent le siège d'une réaction inflammatoire importante et une sciatique gauche hyperalgique s'est développée. Il n'y a pas eu de lombalgies.

(Il faut noter que les lots de produit remis comme échantillons avaient été retirés du commerce parce que reconnus irritants et ayant donné lieu à des réactions inflammatoires).

- Examen :
- Sciatique fortement parésiente, notamment dans le territoire du sciatique poplité interne ;
 - forte prédominance unilatérale ;
 - mais abolition des deux réflexes achilléens ;
 - troubles sensitifs dans les territoires des sciatiques poplités externe et interne gauches.
 - signe de Lasègue à 15° à gauche, à 50° à droite.
 - points de Valleix : présents.

Evolution : sous traitement par la phénylbutazone (300 mg par jour), les signes disparaissent en quatre jours à droite. La douleur a persisté en s'atténuant à gauche. Au bout d'un mois, le signe de Lasègue avait disparu. Une douleur atténuée dans le territoire du sciatique poplité interne gauche a persisté pendant six mois. Mais, finalement, tous les troubles moteurs et sensitifs, subjectifs et objectifs ont disparu. L'abolition des deux réflexes achilléens a persisté.

La responsabilité du laboratoire a été reconnue par expertise et une indemnisation fut réalisée.

Résumé : Chez un homme de 71 ans, sciaticque tronculaire gauche hyperalgique, apparue trois jours après des injections de Biclinocilline, touchant les territoires de L5 et de S1, avec importante réaction cutanée inflammatoire.
Evolution favorable.

-:-:-:-:-:-:-:-

OBSERVATION N° 5 : Madame CHA... Liliane , 28 ans.

Fin Juillet 1963, cette malade ressent des douleurs siégeant au mollet et au talon gauches, douleurs intermittentes, de type mécanique.

Un mois plus tard, elles deviennent plus intenses, s'accompagnent de paresthésies. Quelques jours plus tard (le 24 aout) elles sont très intenses et la malade est hospitalisée avec le diagnostic de phlébite. L'examen avait trouvé un signe de Homans et un ballotement douloureux du mollet, mais il n'y avait pas de cordon veineux induré, ni de modification du volume du membre.

Le diagnostic de sciatalgie est alors évoqué et la malade est transférée dans le Service du Professeur de SEZE le 9 septembre 1963.

A ce moment là, la douleur part de la région lombaire gauche et irradie à la face postérieure de la cuisse, la face postéro-externe de la jambe et le dos du pied, où elle est très violente, rendant intolérable le contact des draps. Cette douleur réveille la malade la nuit mais est aussi augmentée par les mouvements.

Antécédents : malade originaire de la Martinique, ayant séjourné en Afrique Noire. Traitée pour Maladie de Hansen (forme lépromateuse) depuis 18 mois. L'affection ayant débutée en 1959. Elle se traduit par des taches achromiques, anesthésiques du visage et une hypertrophie des nerfs cubitiaux. Des bacilles de Hansen ont été retrouvés dans le mucus nasal.

Examen : - rachis souple ; pas de points douloureux lombaires.

- signe de Lasègue à 30°
- très vifs points de Valleix dans la gouttière ischio-trochantérienne reproduisant l'irradiation L5 ou sciatique poplitée externe ; il existe aussi un point douloureux plus discret à la fesse, mais rien à la charnière lombo-sacrée.
- hypoesthésie de la face postéro-externe de

- la jambe et du dos du pied
- réflexe achilléen normal
- important déficit moteur des releveurs du gros orteil et du pied
- douleur à la pression du tronc du Sciatique poplité externe qui est hypertrophié sur toute sa hauteur : argument majeur pour le diagnostic.

Examens biologiques :

- Vitesse de sédimentation : 22-54
- B.W. : négatif
- Réaction au Latex)
- Réaction de Waaler-Rose) négatives

Des radiographies lombaires n'ont pas été demandées la malade étant enceinte.

Evolution : favorable sous traitement par le Sultirène

Résumé : Chez une Martiniquaise, âgée de 28 ans, traitée pour une maladie de Hansen, sciatique tronculaire gauche, prédominant dans le territoire du Sciatique poplité externe.
Cause : Maladie de Hansen.
Evolution favorable.

-:-:-:-:-:-:-:-:-

OBSERVATION N° 6 : Madame BA... Saturnine, 36 ans.

Depuis 1963, la malade ressent une douleur du membre inférieur gauche ayant débuté de façon progressive et sans cause déclenchante particulière. Cette douleur, au début localisée à la partie haute de la face postéro-interne du mollet et au creux poplité, intermittente, s'est peu à peu aggravée.

Depuis 1964 : elle est devenue plus diffuse et atteint toute la face postérieure de la jambe, le talon, la face postérieure de la cuisse, la fesse et la région lombaire basse.

Lorsque la malade est vue en consultation, en février 1965, ces diverses localisations de la douleur sont intermittentes mais celles du creux poplité et du mollet sont continues et souvent très intenses avec des paroxysmes obligeant la malade à garder le genou en flexion. La douleur ne possède aucun rythme particulier : elle existe aussi bien au repos qu'à la marche et la fatigue ne l'exagère pas. Elle est soulagée transitoirement et incomplètement par les antalgiques.

Examen : - marche avec boiterie du fait de la douleur
- rachis lombaire parfaitement souple
- pas de troubles moteurs ni réflexes
- pas d'amyotrophie
- la pression de la partie basse et externe du creux poplité, en regard de la tête du péroné réveille en un point très localisé une douleur atroce, syncopale avec quelques irradiations descendantes.
- mais : douleur aussi sur le sciatique poplité interne
- on note, dans le creux poplité, sur la région médiane, une cicatrice verticale dont la malade ignore l'origine.

Radiographies du genou : normales

Une exploration chirurgicale est décidée : elle trouvera une tumeur insérée sur le tronc du nerf sciatique à

cuisse.

Le diagnostic histologique a été : Neurogliome (Névrome).

Résumé : chez une malade de 36 ans, sciatique tronculaire gauche de topographie plutôt S1 mais sans trouble moteur ni réflexe .

Diagnostic : Neurogliome.

-:-:-:-:-:-:-:-

[English](#)
[Español](#)
[Français](#)
[Deutsch](#)
[Italiano](#)
[Português](#)
[Polski](#)
[Română](#)
[Rusă](#)
[Slovenčina](#)
[Slovenščina](#)
[Svenska](#)
[Türkçe](#)
[Українська](#)
[Česky](#)
[Dansk](#)

- il n'y avait pas de signe de Lasègue
- les réflexes ostéo-tendineux étaient normaux
- la sensibilité était normale.

- vitesse de sédimentation : 55-95
- hémogramme: anémie à 3.580.000
 formule blanche normale
- phosphatases acides : 9 U. Plumel
- phosphatases alcalines : 9 U. Bodansky

- du rachis lombaire et du bassin étaient normales (en particulier, en regard de la tuméfaction)
- mais la radiographie pulmonaire a montré une opacité homogène, régulière, non excavée, bien limitée de l'apex droit ;
- transit gastro-duodénal : bulbe irrégulier, déformé, mais pas d'image ulcéreuse nette.

Une biopsie chirurgicale de la tumeur a été pratiquée et a ramené quelques fragments de tissu bourgeonnant, cartilagineux, situé à la face profonde des muscles fessiers, adhérent à l'os iliaque.

L'examen histologique a révélé qu'il s'agissait de "l'extension d'un épithélioma glandulaire et trabéculaire de provenance digestive probable".

Il a été traité par Endoxan et Distilbène

Résumé : Chez un homme de 55 ans, sciatique tronculaire droite apparue après un effort, de topographie plutôt L5, sans lombalgies. Examen négatif sauf existence d'une masse du quadrant supéro-externe de la fesse. L'examen histologique d'un prélèvement de cette tumeur fait porter le diagnostic d'une extension d'un épithélioma glandulaire.

-:-:-:-:-:-:-:-:-

Nous avons réuni les principaux signes de ces observations dans le tableau I.

NOM DIAGNOSTIC	M.S.... IM Pbz	(1) KHA.... IM Péni.	LIN.... (2)	KA.... (3)	KA.... (4)	CHA.... (5)	BA.... (6)	BAR.... (7)
Topographie de la douleur L5 S1	+	+	+	+	+	+	+	+
Douleur lombaire spontanée	0	+	0	0	0	+	+	0
Douleur lomb. provoquée	0	0	0	0	0	0	0	0
Signe de Lasègue	?	+ 90°	+85°	+15°	+30°	?	?	0
Réflexe achilléen	?	abol.	Nal	Abol.	Nal	Nal	Nal	Nal
Paralysies L5	+	+	0	+	+	?	?	0
Paralysies S1	+	+	0	+	+	0	0	0
Troubles sensitifs	+	+	0	+	+	?	?	0
Points de Valleix	?	+	?	+	+	+	+	?
EVOLUTION	?	partial. favorable	favorable	favorable	favorable	?	?	?

TABLEAU I : OBSERVATIONS PERSONNELLES

O B S E R V A T I O N S

=====

D E L A L I T T E R A T U R E

=====

Les recherches bibliographiques nous ont permis de retrouver cinq cas de sciatique tronculaire de cause rare.

OBSERVATION N° 8 : (publiée en 1934 par ALAJOUANINE, de
de MARTEL, THUREL et GUILLAUME) (1).

Un homme de 40 ans se plaignait d'une sciatalgie gauche depuis quatre mois lorsqu'il s'est présenté à la consultation le 23 mai 1934.

Les douleurs étaient de deux ordres :

- des élancements en éclair, parcourant le nerf sciatique de la fesse au talon, survenant de façon intermittente, provoqués plus particulièrement par la toux, l'éternuement, les efforts.

- une douleur sourde à la partie moyenne de la face postérieure de la cuisse, continue, avec des paroxysmes intolérables, plus ou moins durables, se produisant lors de la marche et de la position assise.

L'examen mettait en évidence un point douloureux sur le trajet du nerf sciatique, à la partie moyenne de la cuisse.

La pression provoquait, non seulement une douleur au point d'application, mais un engourdissement et des fourmillements dans la jambe et le pied.

Il n'y avait pas de signe de Lasègue.

L'examen neurologique était normal.

L'interrogatoire retrouvait que, trois mois avant (le 20 février 1934), en déchargeant avec un camarade une caisse de 130 Kg, alors qu'il se baissait pour déposer la caisse à terre, le malade avait ressenti une vive douleur à la partie moyenne de la face postérieure de la cuisse suivie immédiatement d'une sensation de crispation douloureuse et bientôt ne persistait plus qu'un endolorissement profond de la cuisse qui disparaît au bout d'une dizaine

de minutes.

15 jours après : apparition des élancements.

1 mois plus tard : apparition de la douleur localisée à mi-cuisse, continue avec des paroxysmes.

Lors de l'exploration chirurgicale, pratiquée le 16 juin 1934, on découvre que le nerf sciatique est le siège d'un léger renflement, exactement à l'endroit correspondant à la douleur localisée. En dissociant les fibres nerveuses à ce niveau, on découvre à l'intérieur du nerf, une veinule dilatée et des traces d'hémorragie ancienne.

Guérison après l'intervention.

Résumé : Sciatique tronculaire apparue après un effort, due à une hémorragie au contact du tronc du sciatique

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

OBSERVATION N° 9 : (publiée en 1934 par ALAJOUANINE) (1)

Une malade tombe sur le coin d'une chaise, le choc ayant porté sur la partie moyenne de la face postérieure de la cuisse. Apparition d'une douleur immédiate très vive au niveau du point traumatisé, mais momentanée. Après un intervalle libre, apparition de sciatalgie, d'abord élancements névralgiques intermittents puis douleurs sourdes persistantes.

A l'examen : constatation d'une douleur provoquée par la pression, en un point correspondant à l'endroit traumatisé.

Lors de l'exploration chirurgicale : découverte et énucléation d'un fibroglome.

Guérison avec résultats fonctionnels parfaits.

Dans ce cas, l'opération a été tardive, après une évolution de plus de trois ans.

Résumé : Sciatique tronculaire apparue après une chute. L'intervention pratiquée trois ans après a trouvé un fibroglome à l'endroit traumatisé.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

OBSERVATION N° 10 : (publiée en 1956 par BAUDET et ARLET)(3)

Une femme, âgée de 54 ans, souffrait depuis une vingtaine d'années du membre inférieur droit. Les douleurs étaient plus pénibles depuis quatre ans.

Elles étaient essentiellement localisées au niveau de la face dorsale des 2e et 3e articulations métatarso-phalangiennes. Elles survenaient principalement la nuit, (la réveillant toutes les nuits) et, lors des paroxysmes, s'étendant à la face postéro-externe du mollet et à la face postérieure de la cuisse. Elles gênaient peu la marche.

L'examen (en mai 1953) était négatif et notait seulement un épaissement cutané, diffus, douloureux à la palpation et au pincement, siégeant au tiers moyen de la cuisse.

Les radiographies du bassin et de la colonne lombaire étaient normales.

La malade est revue un an après : il existait alors, dans la région sus-claviculaire gauche, une petite tumeur ferme, collée au plan osseux postérieur dont la palpation éveillait une douleur irradiée vers l'épaule et le membre supérieur gauche jusqu'au pouce. Et on retrouvait la même induration douloureuse au niveau de la face postérieure de la cuisse droite.

A l'intervention : "découverte d'une tumeur ovalaire de la dimension d'un oeuf de pigeon d'où semble partir le nerf sciatique. La tumeur semble faire corps avec le nerf. Les faisceaux du sciatique, très aplatis, rubanés, forment la partie postérieure de la poche contenant la tumeur.

Deuxième intervention sur la tumeur cervicale : il existe une tumeur, collée au plan vertébral, d'où s'échappe une racine nerveuse.

A l'examen histologique : ces deux tumeurs ont la même structure de Schwannome typique.

Evolution post-opératoire : la douleur disparaît en quelques jours.

Résumé : chez une femme de 54 ans, douleurs de l'avant-pied droit, avec irradiation ascendante vers la face postéro-externe du mollet, la face postérieure de la cuisse, surtout nocturnes, dues à un schwannome du nerf sciatique, à la partie moyenne de la cuisse.
Association avec un schwannome d'une racine cervicale.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

OBSERVATION N° 11 : (publiée en 1964 par PIERI et PINAS)(17)

En avril 1963, un malade âgé de 70 ans, ayant eu quelques troubles fonctionnels (vertiges intermittents) a été traité par des injections intra-musculaires banales et des comprimés en principe de pyridoxine.

Vingt jours après, il est hospitalisé à Bastia pour des hémorragies gingivales, nasales, une ecchymose de l'hémicorps gauche sans atteinte céphalique et surtout d'importantes douleurs dans tout le trajet du Sciatique gauche. Il est traité par sédatifs, massages et électrothérapie.

Trois semaines plus tard : les douleurs deviennent très intenses et s'installe rapidement une paralysie sciatique gauche.

Hospitalisé à Marseille, à son entrée il se plaint de violentes douleurs de topographie L5 et S1.

- A l'examen
- amyotrophie importante de la cuisse et de la jambe
 - diminution nette de la force segmentaire du membre inférieur gauche
 - abolition du réflexe achilléen gauche
 - troubles de la sensibilité avec hypoes-thésie à la face externe et interne de la jambe gauche et anesthésie du gros orteil, de la plante du pied et du talon
 - steppage à la marche
 - Lasègue à 70°
 - absence de douleurs vertébrales et de points de Velleix.

Les radiographies du rachis lombo-sacré sont normales

Les examens de laboratoire sont normaux.

La cause de cette paralysie fut trouvée, lorsqu'à l'interrogatoire, les auteurs apprirent que le malade avait pris 4 comprimés de Pindione pendant 1 mois et non pas 4 comprimés de pyridoxine.

Il s'est donc probablement produit un hématome de la gaine.

L'évolution : - les douleurs ont définitivement disparu après une injection épidurale de novocaïne à 1% .

- mais la paralysie n'a pas régressé malgré les traitements pratiqués.

Résumé : Sciatique tronculaire de topographie L5 et S1 avec paralysie importante chez un homme de 70 ans traité, par erreur, avec 4 comprimés de Pindione pendant un mois. Cause : hématome de la gaine probable.

Il n'y a pas eu de contrôle anatomique.

-:-:-:-:-:-:-:-:-

OBSERVATION N° 12 : (publiée en 1966 par FAULON-SOLIGNAC
et CARON)(11).

Une femme de 50 ans, kabyle, souffrait depuis plusieurs mois d'une lombalgie intermittente, d'installation progressive, et plus récemment (15 jours) de violentes douleurs de la face antéro-externe de la jambe avec gêne croissante de la marche.
lorsqu'elle a été hospitalisée en mai 1963 :

- A l'examen - la force segmentaire des loges antéro-externe et postérieure de la jambe est très diminuée. Mais la force musculaire de la loge postérieure de la cuisse est conservée.
- troubles de la sensibilité avec hypoesthésie du dos du pied et des faces antéro-externe et postérieure de la jambe
 - abolition des réflexes achilléen et médio-plantaire
 - discret oedème du dos du pied et de la cheville droite
 - le rachis est souple, ses mouvements sont indolores et d'amplitude normale
 - la palpation du creux poplité est normale

Il existe donc une atteinte tronculaire basse du nerf sciatique droit, atteinte confirmée par l'électrodiagnostic de stimulation qui révèle une inexcitabilité faradique dans les territoires des nerfs sciatique poplité externe et sciatique poplité interne avec hypoexcitabilité galvanique et lenteur de la secousse.

L'enquête étiologique est négative (pas de notion d'injection médicamenteuse sur le trajet du nerf. Les radiographies sont normales. La sacco-radiculographie au méthiodal est normale. Le liquide céphalo-rachidien est normal. La biopsie musculaire est normale).

La malade est revue quatre mois plus tard. Il n'y a pas de modification des douleurs mais la palpation du creux poplité décèle le comblement de cette région par une masse

ferme, du volume d'une prune, très douloureuse au toucher mais qui n'est ni battante ni pulsatile.

A l'intervention : découverte d'un kyste hydatique multilobé, dont le pôle supérieur remonte jusqu'à l'ischion le long du bord externe du sciatique ; le bord inférieur adhère à la face postérieure de la capsule articulaire du genou. Le Sciatique est totalement englobé dans la tumeur, de même que les sciatiques poplités interne et externe.

Evolution post-opératoire : la douleur disparaît presque complètement mais la récupération motrice est pratiquement nulle.

Résumé : atteinte tronculaire basse du nerf sciatique touchant les territoires des sciatiques poplités interne et externe chez une femme de 50 ans, kabyle.
Cause: kyste hydatique très volumineux siégeant à la face postérieure de la cuisse de l'ischion au creux poplité.

-:-:-:-:-:-:-:-

Nous avons réuni les principaux signes cliniques de ces observations dans le tableau II.

AUTEUR	ALAJOUANINE (8)	ALAJOUANINE (9)	BAUDET (10)	PIERI (11)	FAULONG (12)
DIAGNOSTIC	Hématome	Fibroglione	Schwannome	Hématome par anticoagulants	Kyste Hydatique
Topographie de la douleur L5 S1	+	+ +	+ +	+ +	+
Douleur lombaire spontanée	?	?	0	?	+
Douleur lombaire provoquée	?	?	0	?	0
Signe de Lasègue	0	?	0	70°	?
Réflexe Achilléen	N	?	N	abol.	abol.
Paralysie L5 S1	0 0	?	0 0	+ +	+ +
Troubles sensitifs	0	?	0	+	+
Points de Valleix	+	+	?	0	?
EVOLUTION	Guérison	Guérison	Disparition douleurs	Disparition douleurs - paralysie =+	Disparition douleurs - Paralysie +

TABLEAU II : OBSERVATIONS DE LA LITTÉRATURE

C O M M E N T A I R E S
=====

I.- De ces douze observations, nous pouvons tracer un TABLEAU CLINIQUE COMMUN caractérisé par

1) A l'interrogatoire :

a) des douleurs, signe principal :

- de topographie variable, dépendant en partie du siège de la lésion :

- . le plus souvent, touchant les territoires de L5 et de S1 (c'est-à-dire : la fesse, la face postérieure de la cuisse, les faces postérieure et externe de la jambe, le talon, la plante et le dos du pied et tous les orteils). Ceci a été observé quatre fois (Obs. 1, 2, 4, 11).
- . parfois, les douleurs touchaient les deux territoires mais prédominaient dans l'un : L5 pour l'observation 7 - S1 pour l'observation 6.
- . parfois, ne touchaient que l'un des territoires pouvant donc en imposer pour une radiculagie : L5 dans les observations 3 et 5 - S1 dans l'obser-

vation 8.

. enfin, quelquefois, le trajet était incomplet :

- dans l'observation 10 : partant de la face postérieure de la cuisse jusqu'aux 2e et 3e articulations métatarso-phalangiennes ; le point de départ correspondait au siège de la lésion qui était au tiers moyen de la cuisse.

- dans l'observation 12 : localisées à la face antéro-externe de la jambe, évoquant donc une atteinte du Sciatique poplité externe, alors que la lésion occupait toute la face postérieure de la cuisse.

- caractères des douleurs :

. en général, elles sont assez intenses, voire intolérables.

. dans trois observations (Obs. 2, 8, 9), il y a eu un intervalle libre entre l'épisode aigu initial, bref et localisé, lié au traumatisme et l'apparition de la sciatalgie.

. elles sont habituellement permanentes : diurnes

et surtout nocturnes

- non influencées par la marche (Obs. 6, 10), une fois exagérées par la toux, l'éternuement, les efforts (Obs. 8)

- dans deux cas, les douleurs s'accompagnaient de paresthésies, de même topographie mais distales (Obs. 3, 5).

b) des lombalgies basses, spontanées, unilatérales, sont signalées quatre fois :

- une fois dès le début de l'évolution (Obs. 2)
- deux fois : apparues au cours de l'évolution (Obs. 5, 6).
- une fois: elles ont précédé la douleur du membre inférieur (Obs. 12)

mais elles n'ont jamais dominé le tableau.

2) L'examen

a) un point négatif important : l'examen du rachis lombaire a toujours été normal :

- pas de douleurs à la mobilisation

- pas de limitation des mouvements.

b) Le signe de Lasèque :

- était présent cinq fois : dans les Obs. 4 et 5, l'angle était petit (15° - 30°) ; dans les Obs. 2, 3, 11, il était nettement plus élevé (70° - 90°)
- était absent trois fois (Obs. 7, 8, 10)
- n'est pas signalé dans trois observations.

c) des points de Valleix ont été retrouvés dans six cas :

- soit diffus, à tout le trajet du Sciatique (Obs. 2, 4)
- soit localisés en un point précis :
 - . Obs. 8 et 9 : à la partie moyenne de la cuisse, correspondant au siège de la lésion .
 - . Obs. 5 : à la fesse et dans la gouttière ischio-trochantérienne
 - . Obs. 6 : au creux poplité.

d) examen neurologique :

- réflexe achilléen :

- . aboli dans quatre cas (Obs. 2, 4, 11, 12) : dans les trois premières observations, son abolition coïncidait avec une douleur de topographie L5 et S1, tandis que, dans la dernière, elle était plutôt L5.
- . Présent cinq fois (Obs. 3, 5, 6, 7, 8), alors que dans deux cas, la douleur était plutôt S1
- . non signalé : deux fois.

- déficit musculaire, plus ou moins important :

- . touchant les muscles innervés par les Sciatiques poplités externe et interne dans cinq cas (Obs. 1, 2, 4, 11, 12), là encore, correspondant à des douleurs de topographie L5 et S1 sauf dans l'obs. 12
- . touchant uniquement les releveurs du pied et du gros orteil, correspondant à la douleur plutôt L5, dans l'obs. 5
- . dans aucune observation, n'est signalée une atteinte des muscles ischio-jambiers ; cependant, dans

l'observation 2 : un déficit de tous les muscles du membre inférieur est noté.

- troubles de la sensibilité :

- . hypoesthésie signalée cinq fois, touchant en règle les territoires L5 et S1 ; atteinte distale remontant plus ou moins haut sur la jambe (Obs. 1, 2, 4, 5, 11, 12)
- . Quatre fois, il n'y avait aucun trouble sensitif (Obs. 3, 7, 8, 10)

e) des troubles trophiques : sous forme d'oedème du pied, de modifications de la chaleur locale, ne sont signalés que deux fois (Obs. 1, 12).

3) Dans un seul cas (Obs.1) un electromyogramme a été pratiqué : il a montré une dénervation totale de tous les muscles innervés par le nerf sciatique.

II.- Par ailleurs, lorsque nous avons recherché, dans la littérature, les travaux ayant trait à la symptomatologie des sciatiques tronculaires, nous avons surtout trouvé des

publications sur les paralysies et très peu sur les manifestations douloureuses.

Classiquement, ce sont des algies globales, touchant les territoires de L5 et de S1 ; cependant, il peut arriver qu'une compression du sciatique à la fesse touche électivement les fibres qui formeront plus bas le sciatique poplité externe et simule donc une sciatique radiculaire L5 (ce que nous avons trouvé deux fois). Ces douleurs sont, en règle, peu influencées par la toux, l'éternuement, la défécation ; cependant, une augmentation des douleurs peut être observée lorsque la lésion siège dans le pelvis ou même dans la fesse (la seule fois où nous avons trouvé une telle augmentation la lésion était à la cuisse) (12).

Sur le plan neurologique, sont surtout retenus : des signes de paralysie associés du sciatique poplité externe et du sciatique poplité interne, un déficit de la flexion de la jambe sur la cuisse (que nous n'avons trouvé qu'une fois), une atrophie musculaire plus ou moins marquée et l'abolition des réflexes achilléen, médio-plantaire et péronéo-fémoral postérieur. (19, 23). Les troubles sensitifs

manqueraient en cas de compression. (23). Assez souvent, s'associerait un syndrome paralytique pelvitrochantérien, lié à une atteinte des nerfs fessier supérieur et petit sciatique et caractérisé essentiellement par une atteinte des muscles fessiers (en particulier, dans les lésions par injections) (19).

Enfin, les auteurs insistent sur la fréquence des troubles trophiques (23).

Au terme de ce tableau clinique, que pouvons nous conclure ?

- 1) L'unilatéralité est la règle.
- 2) La topographie des douleurs est variable, touchant les deux territoires L5 et S1 ou un seul.
- 3) Les troubles neurologiques sont inconstants, mais lorsqu'ils existent, le siège en particulier de l'atteinte motrice devrait parfois permettre de préciser le niveau de la lésion (9).
- 4) Parfois : un point douloureux localisé, correspon-

dant au siège de la lésion, est retrouvé ; d'où l'importance des points de Valleix.

5) un point important : l'intégrité de la région lombaire (24).

L'EVOLUTION

Trois fois, elle n'a pas été mentionnée (Obs. 1, 6, 7)

Dans tous les autres cas, existe un point commun important : après traitement (médical ou chirurgical, selon l'étiologie) les douleurs ont disparu.

Par contre, la régression des troubles moteurs est inconstante. Alors que, dans six observations, il y avait un déficit moteur, la récupération est :

- totale : une fois (Obs. 4)
- incomplète : une fois (Obs. 2)

alors que ces deux cas avaient une cause identique.

- nulle : deux fois (Obs. 11, 12)
- non précisée : deux fois, l'évolution étant seulement notée comme favorable.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE
=====

Les étiologies des sciaticques tronculaires sont nombreuses, certaines sont relativement fréquentes, d'autres sont exceptionnelles .

I.- D'APRES NOS OBSERVATIONS, les causes retrouvées ont été :

1) Les injections intra-fessières (4 cas)

Cause connue de longue date, puisqu'elle a été signalée dès la fin de la guerre 1914-1918 et, en 1923, ROGER rapportait 90 cas de névrites sciaticques dues aux injections de Quinine (27).

Les sciaticques tronculaires dues à cette cause se caractérisent par plusieurs points :

a) Les quatre malades sont des hommes, et cette plus grande fréquence chez l'homme a été notée, en 1943, par ROGER (27) ;

b) Habituellement , apparition d'une violente douleur

immédiatement à une demi-heure après l'injection. Cependant, parfois, elle peut être retardée de quelques jours (Obs. 4)

c) Trois observations sur quatre ont un tableau clinique à peu près identique (Obs. 1, 2, 4) :

- intensité des douleurs
- leur topographie globale touchant les territoires L5 et S1
- l'importance du déficit moteur touchant les deux territoires
- avec abolition du réflexe achilléen dans deux cas, et probable dans l'observation 1 devant l'intensité des signes
- l'existence de troubles sensitifs.

Dans la quatrième observation : les troubles n'ont touché que le territoire de L5 ou du Sciatique poplité externe.

Trois faits sont intéressants à noter :

- dans l'observation 1 : l'existence de troubles trophiques
- dans l'observation 4 :

immédiatement à une demi-heure après l'injection. Cependant, parfois, elle peut être retardée de quelques jours (Obs. 4)

c) Trois observations sur quatre ont un tableau clinique à peu près identique (Obs. 1, 2, 4) :

- intensité des douleurs
- leur topographie globale touchant les territoires L5 et S1
- l'importance du déficit moteur touchant les deux territoires
- avec abolition du réflexe achilléen dans deux cas, et probable dans l'observation 1 devant l'intensité des signes
- l'existence de troubles sensitifs.

Dans la quatrième observation : les troubles n'ont touché que le territoire de L5 ou du Sciatique poplité externe.

Trois faits sont intéressants à noter :

- dans l'observation 1 : l'existence de troubles trophiques
- dans l'observation 4 :

- . un point douloureux localisé au point d'injection
- . et présence d'une importante réaction cutanée inflammatoire.

Ce syndrome cutané, inconstant, est bien connu (7) et peut prendre différents aspects :

- exanthème embolique local
- placard écchymotique local
- dermite livedoïde et gangréneuse
- ou enfin gangrène profonde, rare.

d) L'évolution est habituellement favorable mais souvent incomplète avec :

- persistance des paresthésies
- récupération motrice partielle.

e) De nombreuses substances ont été mises en cause.

Nous avons trouvé dans nos observations :

- la phénylbutazone
- le propidon
- la pénicilline
- la biclinocilline

Dans la littérature sont cités : la quinine - les sels de Bismuth - les sulfamides, en particulier le Soludagénan- la sulfapyridine de sodium - le sublimé - l'antipyrine - des

produits à base d'eucalyptol, gaïcol, camphre et acide phénique - le paraldéhyde - et la sérothérapie (4, 7, 19, 25, 26 27).

f) sur le plan pathogénique : (7, 19, 25, 27)

- au début, on a incriminé les fautes de technique ; mais, le plus souvent, les injections ont été faites correctement, au lieu d'élection, et même lorsqu'elles ont été faites un peu bas, elles risquent assez peu de traumatiser le nerf.

- puis on a pu incriminer un hématome comprimant le nerf en même temps que les vaisseaux de la région.

- enfin restent deux hypothèses :

. L'une faisant intervenir la diffusion du liquide qui atteindrait le nerf et agirait directement par sa toxicité et sa causticité.

. l'autre, la plus admise, fait intervenir un facteur vasculaire : l'injection intra- ou péri-artérielle déterminerait une thrombose ou un spasme propagé aux vaisseaux nourriciers du nerf . En sa faveur est la coexistence du syndrome cutané (en particulier, la dermite livedoïde).

2) Les tumeurs (cinq cas)

- soit tumeurs agissant par compression :

- tumeur de la fesse (obs. 7)

- Kyste hydatique (Obs. 12)

- soit tumeurs du nerf :

- neurogliome (Obs. 6)

- fibriogliome (Obs. 9)

- schwannome (Obs. 10)

- dans la littérature, nous avons seulement retrouvé, cité, un cas de neurinome inséré sur le tronc du nerf (15).

Seul point commun entre ces différents cas : la symptomatologie douloureuse prédominait dans l'un des territoires.

3) Les hématomes, liés à une hémorragie intra- tronc-
laire (deux cas)

Ils peuvent être dus :

- à un traumatisme direct (chute) ou indirect (élongation) (Obs. 8).

- à un traitement anti-coagulant (Obs. 11)

- deux autres causes sont citées dans la littérature (19) :

- un cas où l'hypertension artérielle paraissait seule en cause
- un cas consécutif à un accident de décompression chez un scaphandrier.

Nous avons trouvé, parmi les dossiers du Service du Professeur de SEZE, deux observations qui pourraient faire discuter le diagnostic d'hématome.

Dans les deux cas, il y eut une chute sur la fesse, suivie d'un volumineux hématome :

- a) la première observation : Monsieur DEP... Maxime 48 ans :
- En 1960, chute suivie, 10 jours plus tard, d'une douleur irradiant dans le membre inférieur droit, permanente avec des paroxysmes surtout nocturnes et des paresthésies du bord externe du pied.
 - A l'examen (3 mois plus tard) : il y avait un signe de Lasègue à 60°, des points de Valløix, une atteinte motrice dans les territoires de L5 et de S1 - l'abolition du réflexe achilléen et un point douloureux localisé à la fesse - le rachis était souple.
 - La sacco-radiculographie au méthiodal n'avait rien montré.
 - Mais, dans les antécédents : Epithélioma du colon gauche opéré en 1949.
 - l'évolution a été favorable sous traitement médical.

b) La deuxième observation : Madame PAR... Camille ,
53 ans

- en 1959 : chute, suivie de sensations d'engourdissement douloureux du membre inférieur gauche, ne dépassant pas le tiers moyen de la jambe et accompagnées d'un steppage.

Douleurs qui régressent partiellement ne laissant subsister que des douleurs fessières et sacrées.

- mais l'examen (en 1962) montrait : un déficit de la loge antéro-externe de la jambe et une douleur à la pression de la région de l'ancien hématome. Il n'y avait pas de signe de Lasègue, ni d'autres signes neurologiques. Le rachis était souple.

Et nous avons vu, dans l'Observation 9, que trois ans après une chute, l'intervention a trouvé un fibrogliome.

4) Un cas au cours d'une Maladie de Hansen (Obs. 5)

Les manifestations nerveuses de la lèpre sont bien connues. Elles touchent surtout les nerfs périphériques avec une prédilection pour le cubital et le Sciatique poplitée externe. Il est rare qu'un seul nerf soit atteint, et le plus souvent, il s'agit d'une multinévrite (16)

De fait, dans notre observation, il y avait une hypertrophie cubitale connue.

II.- LES ETIOLOGIES RELEVÉES DANS LA LITTÉRATURE

1) Les causes traumatiques, les plus fréquentes : (2,

10, 19).

- traumatismes directs : par plaie pénétrante, par balle et surtout éclat d'obus ou de bombe. Plus rarement coup de couteau. Le traumatisme, même s'il siège à la fesse ou haut dans la cuisse, s'accompagne de signes prédominant sur le Sciatique poplitée externe .

- traumatismes indirects, qui peuvent être dus à :

- une contusion liée à
 - un traumatisme fermé
 - un fragment osseux (fracture du fémur, fracture du cotyle souvent méconnue)
- une compression par
 - un hématome
 - un cal cicatriciel
- une élongation par : cal osseux hypertrophique.
- signalons le syndrome du muscle pyramidal (18) caractérisé par :

- un antécédent de traumatisme de la région sacro-iliaque ou fessière (en particulier, chute en position assise)
- une douleur de la région sacro-iliaque irradiant au membre inférieur et gênant la marche

- . à l'examen : le signe de Lasègue qui est présent une masse douloureuse sur le pyramidal palpable au moment d'un épisode aigu. Une atrophie des muscles fessiers fonction de la durée de l'évolution.
- . le traitement : section du muscle pyramidal (dans deux observations : présence d'adhérences entre le muscle et le nerf).

2) Compression par lésions de voisinage

- osseuse : exostose - ostéomyélite
- articulaire : tumeur blanche
- hématomes des parties molles
- vasculaire : anévrisme poplité.

3) Causes obstétricales (24)

La sciatique tronculaire peut être due :

- soit à une compression prolongée du nerf par la tête du fœtus trop volumineuse dans un bassin trop étroit.
- soit par l'application laborieuse d'un forceps.

Elle est caractérisée par une atteinte prédominant sur la loge antéro-externe de la jambe et sur le muscle jambier antérieur.

4) L'endométriose, étiologie exceptionnelle (13, 8)

Les douleurs sont dues à l'implantation de nodules endométriaux sur une racine ou le tronc du sciatique dans son trajet pelvien.

Un signe évolutif particulier : la sciatalgie est cyclique, cataméniale, elle augmente progressivement en durée et en acuité à chaque période menstruelle pour devenir finalement permanente ; elle disparaît pendant la grossesse.

Nous avons trouvé une observation pouvant évoquer ce diagnostic, mais il n'y a pas eu de contrôle anatomique ni de test thérapeutique hormonal.

- Madame VIG... Fernande 29 ans . En 1958 : sciatalgie gauche sans lombalgie, sans cause déclenchante, régresse spontanément en un mois.

- en 1959 : deuxième crise. Résiste au traitement (infiltrations, tractions). Une intervention pratiquée sur les disques L4-L5 et L5-S1 ne révèle aucune anomalie. Mais les douleurs cessent pendant trois mois.

- puis elles reprennent : maxima la veille des

règles, elles persistent 15 jours après celles-ci, disparaissent ensuite durant 8 à 10 jours pour réapparaître la veille des règles.

- l'examen ne révélait qu'un déficit de la loge antéro-externe, une hypoesthésie de la face antéro-externe de la jambe et du dos du pied et un signe de Lasègue à 80°. Pas de notion de toucher vaginal.

- La sacco-radiculographie au méthiodal était normale.

III.- Nous mettons à part les causes par COMPRESSION DANS
DANS LE PETIT BASSIN par : Tumeurs du rectum - lésions de l'utérus (fibrome-cancer) ou des annexes - néoformation prostatique ou vésicale.

En effet, en l'absence de contrôle anatomique, il est très difficile de dire s'il s'agit d'une atteinte pluriradiculaire ou tronculaire du nerf Sciatique. Sur le plan anatomique, la seule portion du tronc du nerf sciatique intra-pelvienne est son origine qui est, comme nous l'avons vu, en avant du muscle pyramidal et un peu au-dessus de son bord inférieur, cette portion est donc très courte.

Nous avons trouvé cinq observations de sciatalgies liées à une compression (trois cancers de l'utérus, deux cancers du rectum). Dans quatre observations, la symptoma-

tologie évoquait une atteinte mixte de L5 et de S1, mais dans l'une, elle avait une topographie radiculaire L5.

Au terme de ce diagnostic étiologique, nous pouvons signaler un point négatif particulier :

- certaines tumeurs, même volumineuses (telles que : tumeurs malignes de l'extrémité supérieure du fémur, lipome de la cuisse, sarcomes du tissu conjonctif à la cuisse (6)) siégeant au voisinage du nerf sciatique, ne paraissent pas donner de symptomatologie de compression nerveuse.

-:-:-:-:-:-:-:-:-

DIAGNOSTIC DIFFERENTIAL
=====

Il ne se pose pratiquement qu'avec les sciaticques d'origine vertébrale.

1.- et surtout avec la radiculagie d'origine discale.
et, dans ce cas, il peut être parfois très difficile.
En faveur de cette origine (21) :

- les circonstances d'apparition : survenue fréquente, après un effort, un faux mouvement.

- la préexistence d'une douleur lombaire

- la topographie de la douleur, habituellement précise.

Mais nous avons vu qu'une sciatique tronculaire peut revêtir le masque d'une radiculagie.

- le type mécanique des douleurs : qui sont augmentées par la station debout, les efforts et soulagées par le repos.

- souvent, on retrouve des antécédents de lombo-sciatique.

- l'examen trouve, habituellement, une limitation et une douleur lors de la mobilisation du rachis.

- les radiographies du rachis lombaire montreront dans certains cas : une image d'affaissement d'un disque, ou d'un pincement ou d'un baillement latéral.

Cependant , elle peut être beaucoup moins typique et faire hésiter le diagnostic. En voici une observation :

Monsieur LAP... Pierre, 72 ans . Après un effort, a ressenti des douleurs dans le membre inférieur droit s'étendant de la fesse à la cheville (malléole externe); elles étaient liées à la marche et s'accompagnaient de paresthésies ; on ne notait pas de lombalgies. Lorsque le malade est vu en Consultation, l'examen montrait seulement : une douleur à la pression de la gouttière ischio-trochantérienne et une diminution du réflexe achilléen, le rachis était souple, il n'y avait pas de signe de Lasègue ni de déficit moteur. Les radiographies ont montré un volumineux ostéo-chondrome au dessus du petit trochanter et une discopathie dégénérative de L4-L5. Et l'on avait conclu à une sciatique tronculaire touchant L5 et S1 due à une compression.

Cependant, le malade a été hospitalisé. A ce moment là, la reprise de l'interrogatoire a découvert qu'il y avait eu des lombalgies au début de l'évolution et que la sciatgie n'était apparue que huit jours plus tard.

Et la sacro-radiculographie au méthiodal a révélé une hernie L4-L5 manifeste.

2) Les sciaticques symptomatiques (22) dont les principales causes sont : le spondylolisthésis - le neurinome radiculaire - le mal de Pott lombo-sacré - la pelvi-spondylite rhumatismale - les localisations verté-

brales secondaires d'un cancer - l'arthrose inter-apophysaire.

Mais, une analyse soigneuse des radiographies, les examens biologiques devraient permettre de faire le diagnostic.

Cependant, parfois, il peut exister en plus une cause de sciatique tronculaire, en voici un exemple:

Un malade, ayant une maladie de Hansen, est vu en Consultation pour une lombo-sciatique ; mais là, il y avait quatre éléments en faveur de l'origine vertébrale : - l'existence de lombalgies, l'apparition des douleurs après un effort, l'horaire mécanique des douleurs et, sur les clichés, un pincement L5-S1 avec une arthrose inter-apophysaire étagée.

3.- Les autres diagnostics seront plus faciles à éliminer (20) :

a) Un examen correct élimine les affections articulaires de la hanche et des sacro-iliaques ;

b) ou bien :

- des algies d'origine vasculaire :

. formes algiques pures d'artérite des membres inférieurs.

- . douleurs des suites éloignées de phlébite ;
- . thrombose de la bifurcation aortique

- des myalgies
- des cellulalgies
- des douleurs osseuses lors de tumeurs ou d'ostéites du fémur, mais la douleur est en règle localisée.

c) Enfin lorsque l'on connaît la séméiologie, le diagnostic ne se pose pas avec :

- la névralgie crurale
- la névralgie du fémoro-cutané
- ni celle du nerf obturateur

qui ont des territoires très différents .

d) Quant à certaines affections, telles que le diabète, la syphilis (14), elles donnent habituellement des radiculites qui sont souvent bilatérales.

De toute façon, l'argument de fréquence plaide en faveur de la sciatique d'origine discale et ce n'est que, devant un tableau clinique atypique ou lorsque l'étiologie

est évidente (injection), qu'une origine tronculaire devra être évoquée.

:--:--:--:--:--:--

C O N C L U S I O N S

Nous avons présenté sept cas de sciatalgies liées à une atteinte de la portion tronculaire du nerf sciatique, portion comprise entre la réunion des racines dans le bassin et la division en deux branches terminales au creux poplité.

I.- Ces sciaticues sont rares puisque, dans un service spécialisé, nous n'en avons trouvé que sept dossiers sur un total de 6.300 sciaticues, en huit ans.

Ces sciaticues ne représentent donc qu'une faible fraction des sciaticues non discales.

II.- Les différentes étiologies retrouvées ont été :

- injections intra-musculaires (4 cas),
- maladie de Hansen (1 cas),
- névrome (1 cas),
- tumeur maligne de la fesse (1 cas),

III.- La symptomatologie de ces sciaticues tronculaires est caractérisée :

a) par un signe négatif : l'absence totale de signes physiques lombaires. Cependant une douleur lombaire basse, spontanée, est signalée trois fois.

b) par contre, dans quatre cas, (Obs. 2, 3, 4, 5), la manoeuvre de Lasègue entraînait une vive douleur remontant jusqu'à la fesse.

c) Le trajet de la douleur se fait, à la fois, dans le territoire du sciatique poplité externe et du sciatique poplité interne, pouvant donc simuler une atteinte à la fois L5 et S1.

Mais dans deux cas (Obs. 6,7), la difficulté était augmentée par le fait que la douleur prédominait dans l'un des territoires : l'un dans le territoire de L5 et l'autre dans le territoire de S1.

Dans deux autres cas (Obs. 3, 5), la douleur ne paraissait toucher que le territoire de L5.

d) La sciatique était parésiente quatre fois (Obs. 1, 2, 4, 5) : trois fois touchant les territoires de L5 et S1 et une touchant celui de L5.

e) Le reflexe achilléen était aboli deux fois (Obs. 2, 4).

f) Il existait des points douloureux sur tout le trajet du nerf sciatique dans deux cas (Obs. 2, 4) ; une fois un point douloureux localisé au lieu d'injection (Obs. 4) et deux fois, localisé en un point précis du trajet du nerf (Obs. 5, 6).

g) L'évolution fut, en général, régressive (plus ou moins complètement) que la cause fut mécanique (tumeur) ou inflammatoire (spécifique ou irritative).

IV.- La littérature est extrêmement pauvre en travaux sur les sciaticques tronculaires. En général, seules, des observations isolées de cause rare sont rapportées parmi lesquelles il faut signaler des tumeurs, un kyste hydatique et des hématomes.

V.- En conclusion : lorsque la clinique amène à évoquer une étiologie non discale d'une sciatique, il faut systématiquement penser à rechercher une origine tronculaire, malgré sa rareté.

B I B L I O G R A P H I E

- 1.- ALAJOUANINE Th., de MARTEL Th., THUREL R. et GUILLAUME J.
" Un cas d'algie sciatique secondaire à une hémorragie tronculaire. Opération. Guérison."
Rev. Neurol., 1934, 2, 609-612.
- 2.- AUROUSSEAU Y.
" Contribution à l'étude des lésions traumatiques du nerf grand sciatique et de ses branches, (à propos de 70 cas et d'une auto-observation)."
Thèse Paris, 1966, N° 742.
- 3.- BAUDET A. et ARLET J.
" Sciatique tronculaire par neurofibrome".
Rev. Rhum., 1956, 23, 236-237.
- 4.- BOUDIN G., BARBIZET J. et LYON G.
"Paralysie du membre inférieur post-sérothérapique (rôle pathogénique de l'oedème)".
Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1954, 70, 395-401.
- 5.- BRIZON J. et CASTAING J.
"Nerf grand sciatique".
Feuilletts d'Anatomie - Fascicule IX - Maloine Ed.
- 6.- CARCASSONNE M.
" Les tumeurs conjonctives des parties molles des muscles".
Rev. Prat., 1960, 10, 2591-2598.
- 7.- CONDROYER A.
" Les sciaticques consécutives aux injections intra-fessières de bismuth."
Thèse, Marseille, 1940 N° 27.
- 8.- DAGNELIE J.
" Lombosciatalgie et Endocrinologie. Contribution à l'étude des endométriotes hétérotopiques".
Ann. Endocr. Paris, 1947, 8, 26-31.
- 9.- DEJERINE J.
"Nerf sciatique".
Sémiologie des affections du système nerveux. Mason Ed. Paris 1914, 1 vol. p. 604.

- 10.- DEREUX J. et ZOGBI E.
" Causalgie du nerf sciatique après traumatisme".
J. Sc. Med. Lille, 1945, 21, 366-368.
- 11.- FAULON L., SOLIGNAC H. et CARON J.P.
" Sciatique tronculaire paralysante par kyste hydatique popli-
té".
Rev. Rhum., 1966, 33, 15-16.
- 12.- GODLEWSKI S.
"Données pratiques concernant les sciaticques dont l'origine
n'est pas une discopathie".
Vie Médicale, 1961, 42, 135-161.
- 13.- GUIOT G., LEVY J., AUQUIER L. et COMOY C.
"Sciatique par endométriose - (La sciatique cataméniale)".
Presse Med., 1965, 73, 1397-1398.
- 14.- MILLIANG G.
" Sciaticques d'origine syphilitique".
Bull. Mém. Soc. Med. Hôp. Paris, 1941, 3-4, 140-143.
- 15.- PAILLAS J.E., GALLAIS P., DUPLAY J. et BESSON J.
" Données étiologiques, cliniques et thérapeutiques sur les
sciaticques rebelles (à propos de 56 cas opérés)".
Marseille Med., 1946, 2, 53-72.
- 16.- PELICIER Y.
"Manifestations nerveuses de la Lèpre."
Enc. Méd. Chir. Neurol., Tome II, 17.097 - B10.
- 17.- PIERI J. et PINAS E.
" Un cas de paralysie sciatique d'origine insolite".
Marseille Méd., 1964, 101, 131-132.
- 18.- ROBINSON D.R.
" Pyriformis syndrome in relation to sciatic pain".
Am. J. Surg., 1947, 73, 3, 355-358.
- 19.- ROGER H.
" Les paralysies sciaticques".
Sem. Hôp. Paris, 1954, 30, 3405-3414.

20.- RUBENS-DUVAL A.

" Les névralgies sciatiques".

Cahiers Coll. Méd., 1963, 4, 801-814.

21.- SEZE S. de, et CAROIT M.

" Examen d'un malade atteint de sciatique banale".

In Bréviaire de Rhumatologie - 1 vol. Expansion Ed., Paris 1967
p. 481-501.

22.- SEZE S. de et PHANKIM-KOUPERNIK M.

" Les sciatiques de cause non discale".

Entretiens de Bichat- Médecine - 1964, p. 581-586.

23.- SIGALD J. et MARQUES J.M.

" Paralysie du tronc du Sciatique."

Enc. Med. Chir. Neurol. Tome II. 17.093 - A30.

24.- THUREL R.

" Sciatique tronculaire et sciatique radiculaire (statistique portant sur 1.000 cas opérés)".

Sem. Hôp. Paris, 1950, 45, 2164-2168.

25.- WEISSMANN-NETHER R., BOLTANSKI Et., LAHAM J. et RUAND J.

" Un cas de coexistence de sciatique par injection intra-fessière d'iodo-bismuthate de quinine et d'artérite des membres inférieurs".

Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1946, 1-2, 28-30.

26.- WOODSON F.G.

" Sciatic nerve injury due to the intra-muscular injection of paraldehyde".

J.A.M.A., 1943, 121, 1343-1344.

27.-

" Sciatiques par injections médicamenteuses intra-musculaires."

Presse Med., 1944, 52, 297.

Vu le Doyen

G. BROUET

Vu le Président de Thèse

S. de SEZE

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

